ITEM 350 : HEMORRAGIE DIGESTIVE

Etiologies

Hémorragie digestive haute *80%*

= **En amont de l'angle duodéno-jéjunal de Treitz**
- **Ulcère gastro-duodénal** (30-60%)
- Sur hypertension portale (3-20%) : **varice oesophagienne** ou **cardio-tubérositaire**, **gastropathie hypertensive**, **ectasies vasculaires antrales**
- **Erosions gastro-duodénales** (7-20%)
- **Oesophagite** ou **gastrite** (1-10%) **:** peptique, radique ou caustique
- **Cancer de l'estomac** ou **de l'œsophage** (2-5%)
- **Syndrome de Mallory-Weiss** : lacération longitudinale muqueuse par un effort de vomissement
- **Ulcération de Dieulafoy** : ulcération muqueuse en regard d'une artère sous-muqueuse dilatée
- Autres (rares) : malformation vasculaire, hémobilie, wirsungorragie, fistule aorto-digestive

Hémorragie digestive basse *20%*

Colorectale ou anale *80%*

- **Maladie diverticulaire**
- **Tumeur colique** ou **rectale** bénigne ou maligne
- **Ectasie vasculaire** = **angiodysplasie colique**
- **Maladie hémorroïdaire**
- **Colite ischémique** ou **infectieuse**
- **MICI** : RCH, Crohn
- **Rectite radique**
- **Ulcération traumatique rectale**
- **Fissure anale**

Intestin grêle

- **Angiodysplasie**
- **Ulcération**
- **Lésion tumorale**
- **Diverticulose**
- **Diverticule de Meckel**
- **Maladie de Rendu-Osler**

Autre

- Extériorisation basse d'une hémorragie digestive haute

Révélation

- **Anémie ferriprive** en cas d'**hémorragie occulte** : anémie hyposidérémique arégénérative hypochrome
- **Hématémèse** : hémorragie extériorisée lors d'un effort de vomissement → origine haute
- **Méléna** : émission par l'anus de sang digéré noir et fétide → origine haute ou basse, **en amont de l'angle colique droit**
- **Rectorragie = hématochézie** : émission par l'anus de sang rouge vif non digéré → origine basse ou haute massive
- **Choc hémorragique** sans extériorisation de sang : évoquer une hémorragie digestive (notamment haute)

Démarche diagnostique

Hémorragie digestive haute

FDR : **médicaments** (AINS, anti-COX-2, aspirine, AGGP, ACG, sérotoninergique) et **Hélicobacter Pylori**
- **Présence de sang sur la sonde naso-gastrique** : **rouge vif** si saignement actif, **coloré** si semi-récent
→ L'absence de sang n'élimine pas formellement une hémorragie haute (notamment duodénale)
- ATCD d'ulcère, douleur épigastrique, prise d'AINS → ulcère gastro-duodénal
- Contexte de cirrhose (ictère, angiome stellaire, circulation collatérale, ascite…) → rupture de varice
- Vomissements précédant les saignements → syndrome de Mallory-Weiss

Hémorragie digestive basse

- Contexte : modification récente du transit, prise de médicament (AINS), traumatisme…
- Séquence symptomatique **douleur brutale** suivie d'une **diarrhée sanglante** : **colite ischémique**
- notion de **traumatisme ano-rectal**
- **Palpation** (masse abdominale) et **TR**

Endoscopie oeso-gastro-duodénale

→ En **urgence immédiate < 12h** si **signe de gravité** ou en **urgence différée < 24h** sinon
- En 1ère intention si : hémorragie digestive haute ou toute hémorragie digestive massive
- Préparation (vidange gastrique) : **érythromycine 250 mg** IVL 30 minutes ou **SNG en aspiration**
- Diagnostic : origine haute des saignements
- Thérapeutique : **clip hémostatique, sclérose** (injection de sérum adrénaliné), **coagulation, ligature**

Endoscopie basse

- **Rectosigmoïdoscope** : en 1ère intention si rectorragie non massive et coloscopie totale impossible
- **Coloscopie totale** + **iléoscopie** : en 2nd intention après endoscopie oeso-gastro-duodénale et rectosigmoïdoscopie normales, sous AG, après préparation colique si possible

Autres

- **Scanner abdominopelvien injecté** : visualisation d'un saignement actif → en urgence en cas d'hémorragie massive avec endoscopie négative (guide une embolisation artérielle radiologique)
- **Vidéo-capsule** : discutée si endoscopie haute et coloscopie négatives → recherche une origine grêlique

Pronostic

→ **Le saignement cesse spontanément dans 80% des cas** : le but du traitement est de stopper un saignement encore actif et d'éviter la récidive hémorragique précoce
- **Facteur de bon pronostic** : absence d'anémie, de méléna, de cardiopathie, de maladie hépatique, PAS > 100 mmHg, fréquence cardiaque < 100 bpm → risque de récidive < 5%

PEC urgente

Gravité

- **Retentissement hémodynamique** : FC, PA, malaise syncopal, signes de choc : *pâleur, sueurs, lipothymie*
- **Terrain** : âge, hypertension portale, cardiopathie évoluée, antiagrégant/anticoagulant
→ La quantité de liquide sanglant extériorisée est un mauvais critère de jugement
→ L'Hb et l'Hte peuvent sous-estimer initialement la gravité d'une hémorragie aiguë

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">➙ Hospitalisation de tout patient présentant une hémorragie digestive (sauf d'allure proctologique)
- Mise en conditions : VVP, oxygénation avec surveillance de la saturation, mise en réserve de culots globulaires
- Bilan biologique en urgence : NFS, groupage sanguin, RAI, bilan d'hémostase, ionogramme, créatininémie
- Compensation par macromolécules et culots globulaires si retentissement hémodynamique
<u>Objectifs</u> : PAS > 100, Fc < 100, Diurèse > 30 ml/min, Hb entre 7-9 g/dl (> 9 si maladie cardio-respiratoire ou choc)
- SNG seulement si vomissements incoercibles, troubles de conscience ou doute diagnostique ➙ à éviter en cas de suspicion de varice oesophagienne
➙ Mortalité élevée : 3 à 10% en cas d'hémorragie digestive haute, 2 à 8% en cas d'hémorragie digestive basse</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Prise en charge spécifique</td><td rowspan="4">Ulcère gastro-duodénal</td><td rowspan="3">Période initiale</td><td>TTT médical = anti-sécrétoire = IPP</td><td>- IPP en IV si signes de gravité : bolus de 80 mg puis forte dose 20 mg/h pendant 48 à 72h puis relai PO
- IPP en PO à pleine dose en l'absence de signe de gravité : poursuivi pendant 3 à 6 semaines</td></tr>
<tr><td>TTT endoscopique</td><td>= Thermocoagulation (sonde thermique ou plasma d'argon) et/ou pose de clips : si saignement actif, caillot adhérent ou vaisseau visible</td></tr>
<tr><td>Dernière intention</td><td>= Traitement radiovasculaire (embolisation) ou chirurgical : en cas d'hémorragie non contrôlable ou récidivant rapidement sous TTT médical</td></tr>
<tr><td>TTT préventif</td><td colspan="2">- Eviction des traitements gastro-toxiques
- Rechercher et éradiquer Helicobacter pylori
- Rediscuter l'indication d'uun traitement préventif sous AINS, AGGP ou anticoagulant</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Hyper-tension portale</td><td>Période initiale</td><td colspan="2">- Ne pas viser une pression artériele trop élevée : objectif de PAM ~ 65 mmHg
- Médicament vasoactif IV systématique pendant 5 jours : somatostatine, terlipressine
- Hémostase endoscopique (VO) : ligature, colle, sclérose
- Antibioprophylaxie systématique par norfloxacine ou céfotaxime pendant 7 jours, après bilan infectieux : prévention de la surinfection d'ascite
- Laxatif osmotique (lactulose) : prévention de l'encéphalopathie hépatique
- IPP en bolus puis IVSE systématique : favorise l'hémostase gastrique
- Hémorragie non contrôlable/récidivante : shunt porto-systémique intra-hépatique sous contrôle radio ou anastomose porto-cave chirurgicale
➙ Risque de récidive maximal dans les 5 premiers jours</td></tr>
<tr><td>TTT préventif</td><td colspan="2">- Séances de ligature jusqu'à disparition des varices
- β-bloquant (propanolol) à dose efficace</td></tr>
<tr><td colspan="2">En cas d'échec de traitement endoscopique</td><td colspan="2">- Sonde de tamponnement oesophagienne de Blakemore ou de Linton en cas de saignement oesophagien (rupture de varice) ou d'ulcère du cardia : contrôle temporaire, maintenue < 24h (risque de complication pulmonaire ou de rupture oesophagienne)
- TTT radiologique : - Angio-TDM abdominopelvien avant artério-embolisation
- Shunt porto-systémique intra-hépatique si rupture de varice
- TTT chirurgical : oesophagectomie, gastrectomie ou colectomie d'hémostase</td></tr>
</table>